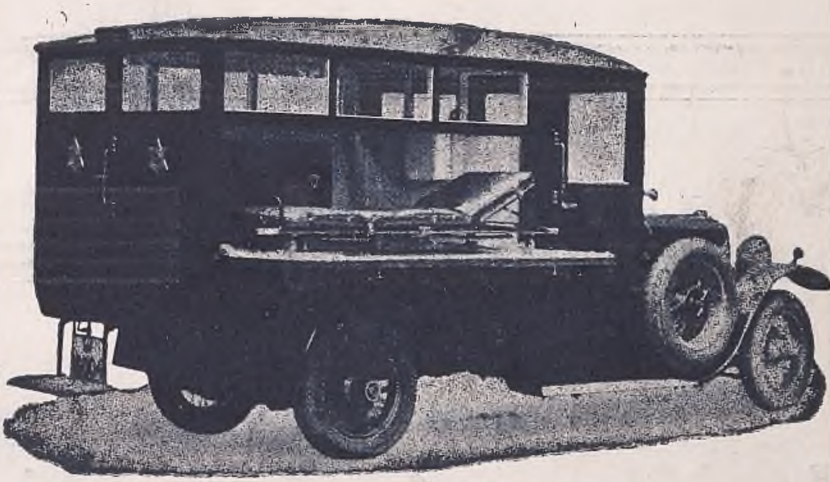
RATOWNICTWO

ORGAN WARSZ. POGOTOWIA RATUNKOWEGO



Samochód sanitarny Warsz. Pogotowia Ratunkowego najnowszego typu na podwoziu firmy Austro-Daimler.

Wyd. Rok II-gi 1930. Nr. 1 Styczeń Cena egz. 1 zł.

RATOWNICTWO

MIESIĘCZNIK POŚWIĘCONY SPRAWOM RATOWNICTWA LEKARSKIEGO, POŻARNICZEGO, WODNEGO, GAZOWEGO, W RAZIE KLĘSK ŻYWIOŁOWYCH i t. p.

WARSZAWA, KOPERNIKA 37. Tel. 33-63. Konto w P. K. O Nr. 14.661.

ORGAN WARSZAWSKIEGO POGOTOWIA RATUNKOWEGO

Rok II—1930 STYCZEŃ Nr. 1

Dr JÓZEF ZAWADZKI.

Historja powstania Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Idea samarytańska, podniesiona na stanowisko dogmatu przez Chrystusa, długo czekać musiała na wcielenie i bardzo powolnie obejmowała szersze kręgi życia codziennego. Rozwija się ona jednak stale, równolegle z postępem sztuki leczniczej i postępami techniki.

I dawniej były szpitale, ale traktowano je raczej jako przytułki wszelakiej nędzy ludzkiej, fundowano je, uposażano, przeznaczano wielkie zapisy, ale lekarze mieli tam wpływ ograniczony. I dawniej na placu boju miłosierni ludzie zbierali rannych, ale brakło im organizacji, brakło środków ratunkowych. I dawniej, w czasie epidemji, bracia miłosierni nie szczędzili sił i zdrowia w służeniu chorym, ale brakło im sposobów dla stłumienia zarazy.

Wiek XIX dopiero równolegle z szybkim rozwojem medycyny i techniki, pozwolił na szersze stosowanie metod nowych i środków w celu ulżenia nędzy ludzkiej i doli ludzi, uległych nieszczęściu w fizycznem i moralnem tego słowa znaczeniu.

Idea samarytańska jest ukryta w każdej duszy, trzeba ją umieć jednak wydobyć z iskierki, wykrzesać płomień, trzeba umieć wcielić w czyn!

Przedewszystkiem zajęto się ofiarami bitew. Tam, na polu bitwy, obraz cierpienia ludzkiego najsilniej przemawiał do instynktów miłosierdzia.

Odkąd trwały wojny, zawsze znajdowali się ludzie, którzy z poświęceniem życia nieśli ulgę rannym. Dopiero jednak z chwilą zawiązania Tow. Czerwonego Krzyża i Konwencji genewskiej, ranni mogli na polu bitwy zyskać racjonalną pomoc i opiekę ze strony obu stron walczących. Lekarz i służba lekarska stali się nietykalni, szpitale pozyskały prawo neutralności. Technika zrobiła postępy znaczne i robi je dotąd, aby zwalczyć zło, które czynią sobie wzajemnie obie strony walczące.

Oczywiście, był to krok pierwszy dopiero.

Walka odbywa się jednak nie tylko na polu bitwy, trwa ona stale. Człowiek walczy ciągle z otaczającą przyrodą, z jej siłami uwięzionemi w machiny, z setkami przeszkód fizycznych i moralnych, które na swej drodze spotyka. W walce tej niejednokrotnie zdrowie jego lub życie narażone jest na niebezpieczeństwo. Tu machina parowa oderwała komuś rękę, ówdzie źle przyczepiona drabina nie wytrzymała ciężaru człowieka, tam walący się gruz lub ziemia przygniotły kogoś i t. p.

I oto leży powalony na ziemię, bezradny, wijący się w bólach. Otaczają go inni, również bezradni, również bezsilni. Radziby zrobić wszystko, byleby ulżyć bliźniemu, ale brak im środków i wiedzy. Udzielenie choremu pierwszej pomocy, przewiezienie go do szpitala lub do domu na wygodnych noszach — to pierwsze wskazania, zdolne już same przez się uratować życie. Ale, że wypadki tego rodzaju zwykle zdarzały się w ciszy fabryk, że publiczność szersza rzadko stykała się z nimi, długo czekać trzeba było, by znalazł się ktoś, ktoby zorganizował pomoc dla tych nieszczęśliwych.

I trzeba było grozy takiej, jak pożar Ringteatru w Wiedniu, trzeba było setek ofiar poparzonych, podeptanych zduszonych. kąpiących się we krwi własnej, by poruszyć do głębi sumienie publiczne i natchnąć myślą zbawienną nieżyjącego już dziś d-ra bar. Mundy'ego zorganizozowania instytucji, która w każdej chwili gotowa, spieszyłaby z pomocą bliźniemu. Oddany tej sprawie Mundy poświęcił jej resztę życia i za życia jeszcze postawił sobie pomnik, tworząc wzór, który posłużył innym do wcielenia w czyn idei samarytańskiej.

Kiedym w roku 1890 zwiedzał stację ratunkową w Wiedniu, gdy zapoznałem się z jej organizacją i wzniosłem celem, po powrocie, rzecz pragnąłem przenieść i na grunt warszawski. Stanęły jednak na przeszkodzie przyczyny zewnętrzne: o innej instytucji, niż Krzyż Czerwony nie chciano mówić. A pod rządem Rosyjskiego Czerwonego Krzyża żaden polak pracować nie mógł, bo była to instytucja polityczna nie samarytańska. Myśl więc musiałem porzucić i czekać sposobniejszej chwili.

Nie ja jeden, zresztą, myśl tę powziąłem; o ile mnie pamięć nie myli dr. Zweigbaum rzucił szkic projektu w Gazecie lekarskiej. Był to jednak projekt papierowy, który w czyn mógł się oblec tylko przy pomocy możnego, nie szczędzącego ani stosunków, ani pieniędzy człowieka.

Takim człowiekiem opatrznościowym dla Warszawy był ś. p. Konstanty hr. Przeździecki; umysł szeroki, czynny, przechowujący tradycje żywe swego ojca, Aleksandra. On to położył podwaliny pod naszą instytucję i jemu w pierwszym rzędzie zawdzięcza Warszawa urzeczywistnie tej myśli.

17 stycznia 1896 r. w mieszkaniu K. hr. Przezdzieckiego, zebrali się ś. p. M. Wrotnowska, d-rzy: ś. p. W. Szreyner, T. Solman, ś. p. dr. J. Wszebor, piszący te słowa oraz dr. Vragasy z Wiednia i powzięli myśl ostateczną zorganizowania Pogotowia w Warszawie. Piszący te słowa podał projekt ustawy, którą złożył już 23 stycznia w większym gronie. Ostateczne opracowanie ustawy przy spółudziale G. hr. Przezdzieckiego i p. S. Libickiego zajęło niespełna 3 tygodnie, tak, że 16 lutego, ustawa podpisana przez założycieli, została złożona władzom. Ustawę podpisali jako założyciele: Konstanty hr. Przezdziecki, Gustaw hr. Przezdziecki, dr Józef Zawadzki, L. Wrotnowski, dr. S. Markiewicz, dr. R. Jasiński, adw. J. Szteyner, dr. W. Szteyner, dr. O. Hewelke, dr. B. Chrostowski, dr. W. Stankiewicz, rej. Z. Wasiutyński, dr. W. Tyrchowski, M. Wrotnowska, Ludwik Górski, W. hr. Wielo-

polski, prof. Józef Kosiński, S. Libicki i Marja hr. Łubieńska.

K. hr. Przezdziecki chciał jaknajprędzej widzieć swe myśli przyobleczone w czyn, zaraz więc po złożeniu władzom ustawy powzięto myśl, aby skorzystać z wystawy higjenicznej w Warszawie i za jej pośrednictwem propagować ideę samarytańską. Stało się to możliwem dzięki hr. K. Przezdzieckiemu, który na koszt własny sprowadził z Wiednia 3 karety, narzędzia, nosze i model stacji. Sprowadzeniem wzorów zajął się dr. Vragassy, stronę techniczną na miejscu wziął na siebie piszący te słowa. I oto w baraku Deckera, Warszawa poraz pierwszy zapoznała się z modelem stacji ratunkowej, która była czynna na placu wystawy. Ś. p. Roman Jasiński niejednokrotnie stwierdzał naocznie wobec publiczności pożytek nowoprojektowanej instytucji.

Niecierpliwie czekaliśmy na zatwierdzenie ustawy, co nastąpiło 23 listopada 1896 r., ale dopiero w połowie lutego następnego roku wręczono ją założycielom.

Niestety, nie doczekał tego ś. p. Konstanty hr. Przezdziecki, zmarł przed nadejściem ustawy w czasie, gdy z piszącym te słowa wybierał się do Wiednia by zbadać jeszcze bliżej organizację tamtejszej instytucji.

Ustawa zatwierdzona nie ze wszystkiem odpowiadała projektowi, ale uważano, iż mimo to działalność rozpocząć należy. Zbrakło pierwszego twórcy, ale rolę jego przejął brat, dziś już też nieżyjący ś. p. Gustaw hr. Przezdziecki i w jego zastępstwie zebrał założycieli 23 lutego 1897 r. Przybyli wtedy pp.: G. hr. Przezdziecki, J. Zawadzki, L. Wrotnowski, S. Markiewicz, R. Jasiński, J. Szteyner, W. Szteyner, O. Hewelke, B. Chrostowski, W. Stankiewicz, Z. Wasiutyński, W. Tyrchowski, L. Górski, W. hr. Wielopolski, i po krótkiej naradzie, mimo braki rażące w zmienionej przez władze ustawie, uchwalili przyjąć ją i Towarzystwo zawiązać. Umożliwił to G hr. Przezdziecki, ofiarując 3000 rb. na pierwsze potrzeby Towarzystwa.

Dzień ten jest datą zawiązania Towarzystwa. Wybrano Zarząd, złożony z prezesa G. hr. Przezdzieckiego, wiceprezesa prof. J. Kosińskiego, sekretarza dr. J. Zawadzkiego, skarbnika J. Szteynera, inspektora dr. R. Jasińskiego i członków Wł. hr. Wielopolskiego, dr. W. Stankiewicza, S. Libickiego, M. Łubieńskiej M. Wrotnowskiej, L. Górskiego, i dr. W. Szteynera.

Nie odrazu jednak mogliśmy otworzyć stację trzeba na to było znaleźć lokal, przygotować personel, a co ważniejsza mieć inwentarz potrzebny. Rodzina po ś. p. K. hr. Przezdzieckim ułatwiła sprawę, ofiarowawszy całe urządzenie





Uroczyste poświęcenie dwóch nowych samochodów sanitarnych Warsz. Pogotowia Ratunkowego.

stacji z wystawy. Niewiele więc trzeba było do tego, blizko 10,000 rb. wynoszącego daru dodać, by zaopatrzyć stację w niezbęene narzędzia i urządzenia.

Trudniej natomiast było z mieszkaniem. Dopiero od 1-go lipcs 1897 roku udało się wynająć czasowy lokal przy Okólniku w tatersalu, co dało możność wyszukania odpowiedniejszego punktu i pomieszczenia.

Równocześnie kompletowano personel, składający się z 6 lekarzy, intendenta, woźniców i sanitarjuszy.

Wyszkoleniem personelu zajął się ś. p. Roman Jasiński. To też już 22 lipca 1897 roku mogło nastąpić otwarcie instytucji i poświęcenie jej wobec licznych przedstawicieli społeczeństwa, prasy i władz rządowych.

Dr JERZY PERL.

Postępowanie lekarza Pogotowia Ratunkowego w przypadkach położniczo-ginekologicznych.

W praktyce lekarza Pogotowia Ratunkowego zdarzają się, coprawda niezbyt często przypadki położniczo-ginekologiczne. Są to przeważnie:

1) porody i poronienia,

2) przypadki patologiczne ciąży i porodu.

3) ostre schorzenia zapalne narządów płciowych wewnętrznych i miednicy małej,

4) uszkodzenia narządów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych.

Wezwany do kobiety ciężarnej lekarz Pogotowia Ratunkowego winien przedewszystkiem zorjentować się, czy akcja porodowa już się rozpoczęła.

Badania wewnętrznego, które jedynie z całą pewnością ustalić może akcję porodową, w warunkach pracy Pogotowia musimy unikać ze względu na konsekwencje, jakie mogłyby nastąpić przy badaniu nawet przy pomocy wysterylizowanej, czy też wygotowanej rękawiczki (którą zawsze znaleźć możemy w kuferku ratowniczym), jeśli ciężarna nie będzie odpowiednio przygotowana do badania — podmycie sromu, ogolenie i t. d; na to przygotowanie zaś nie mamy ani czasu, ani odpowiednich warunków.

Dążeniem naszem winno być zawiezienie ciężarnych do zakładów położniczych z akcją porodową już rozpoczętą.

O rozpoczęciu akcji porodowej (bez badania wewnętrznego) winniśmy się przekonać na zasadzie stanu dna macicy, zachowania się części przodującej, obserwacji skurczów macicy i zachowania się pierścienia skurczowego. Każdej ciężarnej nie rodzącej jeszcze, do zakładu położniczego wieźć nie powinniśmy ze względu na chroniczny brak miejsc na tych oddziałach

Według stanu dna macicy orjentujemy się co do ilości miesięcy ciąży;

wiadomo, że w 3-cim miesiącu ciąży macica jest na wysokości spojenia łonowego;

w 4-ym mies. — 2 palce powyżej spojenia łon.;

w 5-ym mies. — w połowie odległości między pępkiem a spojeniem;

w 6-ym — na wysokości pępka;

w 7-ym mies. — 2 — 3 palce powyżej pępka;

w 8-ym mies. — 3 palce poniżej wyrostka mieczykowatego;

w 9-ym mies. — na wysokości wyrostka miecz.;

w 10-ym mies. — 3 palce poniżej wyrostka mieczyk.

Przy badaniu części przodującej, musimy pamiętać, że u pierwiastek już nie wyczuwamy jej na parę tygodni przed porodem (główka we wchodzie, ustalona); natomiast nieznalezienie części przodującej u wieloródek przy silnych i częstych bólach dowodzi istnienia posuniętej już akcji porodowej.

Zachowanie się części przodującej też naogół zawiele nie mówi, np. przy różnych patologicznych przeszkodach, wąskość miednicy, przy porodach przedwczesnych często główka będzie i u pierwiastek ponad wchodem nieustalona mimo, że poród jest już w toku.

Natomiast obserwacja skurczów macicy i pierścienia skurczowego w praktyce lekarza Pogot. Rat. winna być czynnością decydującą w rozpoznaniu akcji porodowej.

Przypominamy, że, w miarę zbliżania się porodu, skurcze macicy stają się silniejsze i częstsze (bóle przepowiadające, przygotowawcze i parte). Skurcze macicy są okresowe, przyczem przerwy skracają się w miarę postępowania porodu, obejmują one najpierw trzon, a następnie przechodzą na dno macicy; macica staje się węższą, dno jej uwypukla się i podnosi ku górze, macica in toto twardnieje; pierścień skurczowy Bandla w miarę postępowania porodu posuwa się ku górze; przy zapełnem rozwarciu ujścia znajduje się na 4 palce ponad spojeniem łonowem. Rodząca odczuwa skurcze jako ból, idący od krzyża do spojenia łonowego i ku udom.

W praktyce lekarza Pogot. Rat. należy pamiętać, że możemy spotkać się z symulacją porodu, zwłaszcza przy dzisiejszym głodzie mieszkaniowym.

Przyjezdne, aresztowane i bezdomne ciężarne, ażeby dostać się do szpitala, często symulują poród. Ciężarna, nieprzyjęta przez zakład położniczy z braku kwalifikacji, kładzie się na ulicy często nawet blizko zakładu poł. i symuluje bóle porodowe.

Tylko objektywna obserwacja jakości i częstości skurczów macicy przy jednoczesnem zbadaniu stanu dna macicy i położenia części przodującej uchroni lekarza Pogotowia od pomyłki w rozpoznaniu istnienia akcji porodowej.

Pozatym lekarz Pogotowia winien unikać wożenia do zakładów położniczych ciężarnych, jeszcze nie rodzących, aby nie zajmować miejsc na oddziałach położn.; również należy unikać wożenia ciężarnej do zakładu dla zbadania jej na miejscu, gdyż narażamy się przez to na dużą stratę czasu, związaną z przygotowaniem chorej do badania, mierzeniem ciepłoty, czekaniem na lekarza dyżurnego i t. d.

A lekarz Pogotowia na taką stratę czasu pozwolić sobie nie może! Niekiedy, będąc blizko stacji Pog. Rat., możemy zawieźć chorą i tutaj poddać ją badaniu w lepszych warunkach. Z własnego doświadczenia mogę podać przypadek, gdzie ciężarna symulowała istnienie bólów porodowych, a zmoczywszy bieliznę oddanym moczem symulowała odejście wód płodowych.

Tylko na skutek obserwacji skurczów porodowych w czasie mierzenia ciepłoty i odpowiednich wywiadów przyznała się, że nie została przyjęta do zakładu położniczego z braku kwalifikacji, a nie mając mieszkania, zmuszona była symulować poród.

Ze względów etycznych i konieczności opieki nad ciężarną (które, np. często skłonne są do popełniania samobójstw) nie należy zawozić ich do komisarjatów, lecz do przytułków, domów noclegowych, misji dworcowych i t. d.

Wskazanem jest u rodzących lub roniących mierzenie ciepłoty, gdyż zakłady położnicze z braku oddziałów septycznych nie przyjmują chorych z ciepłotą podniesioną; chore więc takie odrazu wieziemy na oddziały septyczne chorób kobiecych (szp Ś-go Łazarza, Klinika Uniw., szp. na Czystem).

Zresztą czas, potrzebny na zmierzenie ciepłoty, pozwoli nam na obserwację i ocenę skurczów macicy.

Jeśli w czasie przewożenia rodzącej do zakładu zauważymy, że część przodująca ukazuje się już w szparze sromowej, lepiej jest wtedy skręcić w boczną uliczkę, zatrzymać się i przyjąć poród. W ten sposób bowiem unikniemy nagłego wyskoczenia główki, a co zatym idzie, znacznego pęknięcia krocza.

Wobec nieprzygotowania sromu do porodu (na przygotowanie zaś czasu nie mamy) — zresztą najczęściej mamy do czynienia z porodami szybko postępującemi, t. zw. porodami ulicznemi u kobiet z obszerną miednicą i silnymi bólami, najczęściej wieloródek, oblewamy srom i sobie dłonie jodyną, w prawą rękę bierzemy wysterylizowaną serwetkę i podtrzymujemy krocze, lewą zaś wyprowadzamy główkę w przerwie między bólami, w ten sposób bowiem unikniemy większego pęknięcia krocza. Dla uniknięcia parcia w czasie wytaczania się główki lub barków możemy kazać sanitarjuszowi ścisnąć rodzącej nos — wtedy musi ona oddychać przez usta.

Płód następnie odpępniamy (pępowinę odcinamy w odległości 3 palców od brzuszka płodu, jodynujemy i zawijamy w gazę sterylizowaną).

W razie okręcenia szyi płodu pępowiną musimy, jeśli usiłowanie zwolnienia jej zawiedzie, podwiązać ją lub zacisnąć Kocherami w 2 miejscach i przeciąć — w ten sposób uratujemy życie płodu.

Przy asfiksji płodu stosujemy injekcje lobeliny, kamfory podskórnie, usuwamy śluz z gardła i krtani palcem lub cewnikiem, uciskamy rytmicznie kolankami płodu na jego brzuszek. Jeśli przy badaniu znajdziemy położenie poprzeczne, a wody płodowe odeszły i nadomiar tego zobaczymy wypadniętą rączkę oraz wyczujemy macicę obkurczoną — zastrzykujemy morfinę i wieziemy czemprędzej, ale ostrożnie (groźba pęknięcia dolnego odcinka macicy!) do zakładu położn.

W przypadkach położeń pośladkowych i nóżkowych szybko udzielamy pomocy ręcznej (auxilium mannale), gdyż brak szybkiej interwencji grozić będzie śmiercią płodu. Pomocy ręcznej udzielamy, jak wiadomo, od chwili urodzenia się tułowia po pas. Przedewszystkiem ściągamy pępowinę ku dołowi, następnie w znany sposób uwalniamy rączki i wydobywamy główkę. W razie zatrzymania główki stosujemy zabieg Veit—Smelie'go lub Wiegand — Martin'a.

W przypadkach wypadnięcia części drobnej lub pępowiny, należy owinąć ją w sterylizowaną serwetkę, ewentualnie pępowinę zajodynować.

Względnie często lekarz Pogotowia jest wzywany do krwotoków z narządów rodnych.

Mogą tu być krwotoki w I-ej połowie ciąży (poronienia, ciąża pozamaciczna, zaśniad groniasty) lub o wiele groźniejsze w II-ej połowie ciąży i przy porodzie (łożysko przodujące, przedwczesne odklejenie łożyska, pęknięcia szyi macicy) względnie krwawienia znaczniejsze meno— lub metrorrhagiczne (zapalenie błony śluzowej macicy, tyłozgięcie, nowotwory, blednica i t. d.).

Krwotoki związane z porodem są spowodowane przez łożysko przodujące,

brzeżny przyczep łożyska, przedwczesne odklejenie łożyska, pęknięcie szyi lub żylaków szyi macicy i t. d.

Rozpoznanie istnienia łożyska przodującego nawet bez badania wewnętrznego naogół nie jest trudne.

Ciąża najczęściej niedonoszona 6—9 miesięcy, bóle skurczowe macicy i krwawienie z narządów rodnych, czasem obfite, połączone z odchodzeniem dużych skrzepów.

Zadaniem lekarza Pog. Rat. w takich przypadkach będzie szybkie dostarczenie krwawiącej do zakładu po uprzedniem wstrzyknięciu morfiny lub pantoponu dla zmniejszenie skurczów macicy, które, rozwierając ujście, odklejają łożysko. Co do tamponowania pochwy, to zdania są podzielone.

Macicy w praktyce lekarza Pogot. Rat. tamponować nie możemy, nie mając odpowiednio przygotowanych narzędzi, jak wzierników i t. d.

W krwotokach po porodzie, zależnie od tego, czy łożysko odeszło czy nie, mamy do czynienia z niedowładem, atonją macicy lub z częściowem przyrośnięciem łożyska (całkowite przyrośnięcie łożyska krwawienia nie daje).

O ile łożysko odeszło i macica jest miękka (atonja!) postępowanie w tym niebezpiecznym krwotoku musi być szybkie i zdecydowane. Czasem w ciągu kilku minut sytuacja staje się poprostu rozpaczliwa.

Podajemy podskórnie lub domięśniowo środki, wywołujące skurcz macicy (ergotyna, pituitryna, hypophysina, adrenalina 0,5 cm^3 $^1/_{1000}$ podskórnie jako najsilniejszy środek skurczowy), stosujemy masaż macicy. W rozpaczliwych przypadkach przeginamy trzon macicy na spojenie, poza macicę kładziemy wałek, np. z prześcieradła i uciskamy zapomocą opasek (zabieg Fritscha) lub stosujemy zabieg Momburga—ucisk opaska Esmar-cha brzucha aż do zniknięcia tętna w tętnicy udowej. Zabieg ten można stosować tylko w ciągu 20 — 30 minut.

Można zastosować również t. zw. autotransfuzję krwi t. j. obandażowanie nóg przy ich wysokiem ułożeniu.

Poza tem jaknajszybciej należy chorą przetransportować do zakładu położniczego dla udzielenia fachowej pomocy. Jeśli macica zaś jest twarda (po odejściu łożyska krwotok w takim przypadku dowodzip ęknięcia szyi macicy) stosujemy środki i zabiegi wyżej wymienione. Dopóki jednak łożysko nie odejdzie, nie podajemy środków, wywołujących skurcz macicy. Przy pęknięciu szyi macicy tamponujemy pochwę.

Środków nasercowych nie podajemy, tylko środki trzeźwiące.

Powyżej wymienione przypadki patologiczne są na szczęście rzadkie, ale zdarzyć się mogą i lekarz Pogot. Rat. winien o nich pamiętać.

W praktyce lekarza Pogot. Rat. może się zdarzyć przypadek ciąży, powikłanej drgawkami, nieprzytomnością lub zamroczeniem, na pierwszy rzut oka mamy wrażenie padaczki.

Jednak *stwierdzenie ciąży, najczęściej końcowej*, obrzęków okolicy krzyża, twarzy, nóg, twardego, napiętego tętna (podniesione ciśnienie) pozwoli nam rozpoznać *rzucawkę porodową* (eclampsia).

Objawy rzucawki porod. i padaczki mogą być prawie jednakowe: twarz sina, obrzękła, charczenie, piana z ust, drgawki, zamroczenie lub zupełna nieprzytomność, brak odruchów rogówkowych, spojówkowych i źrenicznych, czasem déviation conjuguée, krwawienie z jamy ustnej (przycięcie języka). Od przykrej pomyłki zawiezienia takiej chorej do domu, jak zwykle postępuje lekarz Pogot. Rat. ze stanem po padaczczce, ewentualnie na oddział wewnętrzny, gdzie lekarze mieliby dużo kłopotu zanim przekazaliby eklamptyczkę oddziałowi położniczemu— uchroni nas tylko *zaobserwowanie istnienia ciąży*.

Odwiezienie chorej z rzucawką porodową do domu mogłoby grozić śmiercią dwum istotom: matce i dziecku.

Pomoc doraźna sprowadza się do podania dużej dawki morfiny lub chloralu w lewatywie (metoda Strogonoff'a), uchronienia chorej od rozbicia głowy i przycięcia języka.

W różniczkowaniu musimy uwzględniać poza padaczką: mocznicę (tu podobnie i jak w rzucawce porodowej będą również obrzęki ciała i tętno napięte), histerję, zamroczenie cukrzycowe, sprawy organiczne, mózgowe i t. d.

U każdej młodej kobiety (eklampsja zdarza się najczęściej u rodzących po raz pierwszy) *przy wyżej wymienionych objawach lekarz Pog. Rat. winien przedewszystkiem wykluczyć istnienie ciąży*, a dopiero później uwzględniać padaczkę i t. d.

Lepiej przywieźć ciężarną z padaczką na oddział położniczy, niż eklamptyczkę na oddział chorób wewn. lub psychjatryczny.

U wielródek, głównie a zwłaszcza po przebytem cesarskiem cięciu zdarzyć się może pęknięcie macicy.

W wywiadach mamy tu zawsze silne bóle, później tężcowe, wreszcie nagły, silny, kłujący ból w brzuchu i zupełne ustanie bólów.

U takiej chorej rzuca się w oczy wykrwawienie, bladość, wzdęty brzuch, tętno szybkie, drobne, krwawienie z narządów rodnych. Czasem przez powłoki brzuszne daje się wyczuć płód, znajdujący się w jamie brzusznej.

Nasze postępowanie: morfina, pantopon, natychmiastowy transport do szpitala.

Względnie często lekarz Pogot. Rat. jest wzywany do poronień.

Jak wiadomo, odróżniamy poronienia:

1) zagrażające, gdy ujście zewnętrzne macicy jeszcze nie jest rozwarte, chora ma bóle i krwawi (abortus imminens);

2) poronienia w toku (ab. in tractu), gdy oprócz krwawienia i bólów mamy rozwarcie ujścia zewn.

W tych przypadkach przedewszystkiem staramy się według stanu dna macicy zorjentować co do ilości miesięcy ciąży, zbieramy krótkie wywiady, dotyczące daty ostatniego perjodu i dnia rozpoczęcia się krwawienia.

Następnie mierzymy ciepłotę; w przypadkach septycznych, wozimy roniące na specjalne dla takich przypadków przeznaczone oddziały.

Zapomocą rękawiczki wysterylizowanej (którą mamy w kuferku) badamy w karetce chorą wewnętrznie celem zorjentowania się co do istnienia ciąży.

Badanie to jest ważne, gdyż możemy być wzywani poprostu do zwykłej menstruacji, a odwiezienie miesiączkującej kobiety na oddział ginekologiczny obniżałoby „prestige" lekarza Pogot. Ratun. O ile nie jesteśmy zbyt daleko od stacji, możemy chorą zawieźć na stację P. R dla zbadania jej w lepszych warunkach aseptyki.

Musimy również pamiętać o możliwości symulacji poronienia, głównie u kobiet aresztowanych lub nie mających mieszkania. Przypadek takiej symulacji miałem możność obserwowania w VII-ym komisarjacie, gdzie po zbadaniu aresztowanej, stwierdziłem nie ciążę, lecz poprostu perjod. Pobite, zwłaszcza kopnięte w brzuch kobiety, symulują poronienie, usiłując w ten sposób zwiększyć walory swego oskarżenia.

Tylko badanie wewnętrzne, które w przypadkach poronień, zwłaszcza przy braku rozwarcia ujścia zewn. macicy, nie będzie tak groźne w swych następstwach, jak przy porodzie lub późnej ciąży, może nam wskazać prawdziwą drogę.

Roniące i z zagrażającem poronieniem bez znaczniejszego krwawienia zazwyczaj odwozimy do domu po uprzedniem zastosowaniu opjum lub pantoponu i zalecamy im spokój, pozostawanie w łóżku, opjum, lód na brzuch.

W przypadkach znaczniejszych krwawień tamponujemy pochwę i przewozimy

do zakładu położniczego. Pamiętać należy, że krwawienia przy poronieniach i po poronieniach (residua post abortum) zazwyczaj nie będą tak groźne, jak przy i po porodzie (większe krwotoki bywają w 3 — 4 miesiącach ciąży).

Postępowanie lekarza Pogot. Rat. w przypadkach istnienia ciąży pozamacicznej, a zwłaszcza przy pęknięciach jajowodu, zmienionego ciążowo, omówimy obszerniej.

Rozpoznanie tych spraw jest bardzo ważne, gdyż od niego, a co zatym idzie, odpowiedniego naszego postępowania, zależeć może życie ludzkie.

Rozpoznanie ciąży pozamacicznej jest naogół niełatwe, wymaga badania wewnętrznego i często obserwacji parudniowej, trudno więc żądać, aby lekarz Pogot. Rat., mający kontakt z chorą zaledwie w ciągu paru minut, rozpoznał istnienie ciąży zamacicznej.

Główne objawy ciąży pozamacicznej są następujące: zaburzenia lub zniknięcie perjodu, objawy domyślne ciąży, wymacywanie guza miękkiego, zwykle nieco tkliwego z boku od rogu macicy.

Często z wywiadów dowiemy się o przebytych stanach zapalnych przydatków macicznych i niepłodności.

Do tych objawów dochodzą bóle nad pachwiną lub w krzyżach.

Zewnętrzne badanie w tych razach zawodzi. Przerwanie ciąży pozamacicznej najczęściej dochodzi do skutku w pierwszych dwuch miesiącach.

Z ważniejszych postaci przerwania ciąży pozamacicznej mamy: 1) pęknięcie jajowodu, i 2) poronienie jajowodowe.

Pęknięcie jajowodu zmienionego ciążą ma przebieg naogół piorunujący, rzadziej przewlekły i w skutkach swych znacznie groźniejszy od poronienia jajowodowego, gdyż jajo tkwi w jajowodzie i w dalszym ciągu komórki syncytjalne niszczą ścianę jajowodu, wywołując groźne krwawienie do jamy brzusznej.

Chora nagle blednie, omdlewa, odczuwa ból w dole brzucha, tętno staje się szybkie, nikłe, czasem niewyczuwalne, chora staje się senna, czuje szum w uszach, przed oczyma „latają jej płatki".

Są to objawy krwotoku wewnętrznego, do czego wkrótce przyłączają się objawy podrażnienia otrzewnej: obrona mięśniowa, a głównie w dole brzucha i jednostronna. Przy delikatnem opukiwaniu stwierdzamy istnienie wolnego płynu (krew w jamie brzusznej).

Zdarzają się bóle w okolicy przydatków, nudności i t d.

Macica jest powiększona, jednak wielkością nigdy nie odpowiada ilości miesięcy ciąży. Do tego dochodzi krwawienie, czasami nieznaczne z narządów rodnych, związane z odchodzeniem doczesnej, która może odrazu odejść jako odlew wnętrza macicy.

Musimy przeprowadzić czasem rozpoznanie różniczkowe pomiędzy pęknięciem jajowodu prawego, a ostrem zapaleniem wyrostka robaczkowego, jego perforacją, kamicą nerkową i ostrym nieżytem kiszki ślepej lub esicy.

Przy pęknięciu jajowodu dominują objawy krwotoku wewnętrznego, senność; przy zapadzie naskutek perforacji wyrostka robaczkowego lub wrzodu żołądka, rysy twarzy są zaostrzone, występuje bębnica brzucha, zimny pot, objawy podrażnienia otrzewnej.

W krótkich wywiadach, które są bardzo ważne, uwzględnić należy datę ostatniego perjodu, nagłe objawy pęknięcia (omdlewania, bladość i t. p.), krwawienie z narządów rodnych (odchodzenie doczesnej). Rozpoznanie poronienia jajowodowego jest znacznie trudniejsze: dominują tu objawy podrażnienia otrzewnej i tworzenia się krwiaka tylnomacicznego. Najczęściej w 2-gim miesiącu ciąży występują bóle w dole brzucha, osłabienie, poczym zjawia się gwałtowny ból w dole brzucha, nudność, wymioty, tętnica brzucha, a od chwili gwałtownego

bólu uczucie parcia na stolec (objaw tworzenia się krwiaka tylnomacicznego w jamie Douglasa).

Dalej występują objawy niedokrwistości, nie tak jednak nagłe jak przy pęknięciu jajowodu, ciepłota może dojść do 38°, bóle skurczowe jajowodu (colica tubaria).

Przy badaniu wewnętrznem wyczuwamy obniżenie tylnego sklepienia i opór bolesny; macica in toto przesunięta ku przodowi (haematocoele retrouterina). Postępowanie nasze po rozpoznaniu pęknięcia jajowodu, które w typowych przypadkach nie jest trudne, będzie następujące: zastrzykiwanie morfiny lub pantoponu, ostrożne przeniesienie chorej i odtransportowanie na oddział położniczy, ewentualnie chorą możemy zostawić na oddziale chirurgicznym, który mamy po drodze.

Pamiętać o tem musimy, gdyż każda chwila jest tu droga.

Jeśli z miejsca wypadku mamy telefon, a rozpoznania swego jesteśmy pewni, możemy dzwonić do najbliższego zakładu położniczego lub na oddział chirurgiczny z zawiadomieniem o zamierzonem przywiezieniu tego ciężkiego przypadku — w ten sposób możemy przyśpieszyć rozpoczęcie operacji. *Żadnych środków nasercowych* (coffeina, adrenalina, digalen, camfora), *nie stosujemy pod groźbą zwiększenia krwotoku*, środków, działających na skurcze macicy również nie stosujemy.

Możemy podawać tylko środki trzeźwiące — eter, amonjak dla zwalczania senności i omdlewań.

Przy zbieraniu wywiadów od chorych krwawiących, lekarz Pogot. Rat. musi pamiętać o tem, że może być świadomie wprowadzony w błąd, np. chora, nie mająca od paru miesięcy perjodu, zwłaszcza, gdy ją pytamy wobec otoczenia (o ile możności trzeba tego unikać) nie powie nam prawdy i usiłuje ciążę swą zataić.

W przypadkach pęknięcia jajowodu, zmienionego ciążą, może chora sama być wprowadzona w błąd przez krwawienie na skutek odchodzenia doczesnej i powie nam wtedy, że właśnie obecnie ma perjod.

W przypadku moim byłem wezwany do schroniska miejskiego przy ul. Stalowej 67 w marcu r. b., gdzie zastałem kobietę lat 32, nieco bladą, z tętnem około 100, o średniem wypełnieniu i napięciu. Przy badaniu stwierdziłem obronę mięśniową całej prawej połowy brzucha, nieznaczne wzdęcie dołu brzucha, język obłożony, suchy. Dowiedziałem się, że bóle w okolicy wątroby, promieniujące ku tyłowi oraz w dole brzucha wystąpiły przed 2-oma godzinami. Ciepłota normalna.

Chora twierdzi, że ma obecnie perjod. Na zapytanie, kiedy miała ostatni perjod i czy nie ma objawów domyślnych ciąży, chora obraziła się i powiedziała „że jest wdową". (Szczegół ten podaję dla scharakteryzowania trudności w zbieraniu wywiadów w tym kierunku). Nie rodziła.

Od rana czuje się osłabiona, nie omdlewała. W czasie badania chorej stwierdziłem zwiększającą się bladość, tętna coraz częstsze (140), jakościowo pogarszające się. Bolesność umiejscowiła się w dole brzucha. Bez badania wewnętrznego objawy te pozwoliły mi rozpoznać pęknięcie jajowodu prawostronnego, coprawda bez wystąpienia nagłych zwykle w tym wypadku objawów.

Po zastrzyknięciu morfiny i przewiezieniu chorej do szpitala Przemienienia Pańskiego, została ona poddana operacji, jednakże tej samej nocy chora zmarła.

U każdej młodej kobiety z silnymi bólami brzucha, a zwłaszcza dołu brzucha, lekarz Pogot. Rat., mając na obserwację chorej zaledwie parę minut, musi brać pod uwagę istnienie ciąży pozamacicznej i pęknięcie jajowodu ciążowego i skierować w tym kierunku wywiady.

Błąd w rozpoznaniu bowiem może tu mieć konsekwencje b. poważne!

Co się tyczy przypadków ginekologicznych, to lekarz Pogot. Rat. najczęściej wzywany bywa do ostrego lub podostrego stanu zapalnego przydatków macicznych i narządów miednicy małej.

W takich razach stwierdzamy ciepłotę podniesioną do 38—40°; bóle przeważnie jednostronne w okolicy przydatków, objawy podrażnienia otrzewnej: tętno szybkie, odpowiadające ilościowo wysokości ciepłoty, nudności, odbijania, wymioty, wzdęcie głównie dołu brzucha i t. d.

Po wykluczeniu pęknięcia jajowodu ciężarnego (brak objawów krwotoku wewn., dominują objawy podrażnienia otrzewnej. wysoka ciepłota), ostrego lub podostrego stanu zapalnego wyrostka robaczk. (przy prawostronnem zapal. przydatków), skrętu kiszek, perforacji wyrostka robaczk. lub wrzodu żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej — przewozimy chorą na oddział septyczny chorób kobiecych. Przy silnych bólach podajemy opjum, pantopon, morfinę; w ciężkich przypadkach środki nasercowe (kofeina, digalen i t. d.).

Przy zapaleniu narządów miednicy małej mamy spotęgowane objawy wyżej wymienione, ciepłota wysoka do 40°, dreszcze, bardziej wyraźne objawy podrażnienia otrzewnej i t. d.).

Postępowanie nasze jest identyczne z postępowaniem przy zapaleniu przydatków.

Przy dającym się dotkliwie odczuć braku miejsc na oddziałach zakaźnych chorób kobiecych, możemy odwieźć taką chorą z mniej zaznaczonemi objawami stanu zapalnego do domu, uprzednio upewniwszy się, że będzie miała w domu opiekę.

Podamy jej przedtem opjum, morfinę, zalecimy pozostanie w łóżku, lód lub okłady na brzuch.

Jednak odwiezienie takiej chorej do domu musi być umotywowane dobrym stanem chorej.

Rzadziej zdarza się w praktyce lekarza Pogot. Rat. wyjazd do ostrego stanu zapalnego wewnętrznych narządów płciowych lub gruczołu Bartholini'ego.

Znajdziemy w takim wypadku wysoką ciepłotę, bóle miejscowe, obrzęk znaczny warg sromowych, guz jednostronny najczęściej, bolesny, czasem chełbocący wargi większej w przypadku Bartholinitis.

Nasze postępowanie: opjum, okłady, przewiezienie na oddział zakaźny chorób kobiecych lub do domu.

W książce wyjazdów spotkamy czasem w rubryce rozpoznań wyjazdy do bolesnego miesiączkowania (dysmenorihoea).

Najczęściej przypadki takie spotykają chore przy pracy, rzadziej na ulicy.

W wywiadach słyszymy o bolesnych perjodach. Zwykle taki napad bólów zjawia się przed perjodem na krótko (wadliwe położenie macicy, wąskość szyjki i ujścia zewn. macicy) lub w pierwszym dniu perjodu. Jednak dla przeprowadzenia różniczkowania z poronieniem i wykluczenia ciąży musimy zbadać chorą wewnętrznie, o ile tylko jest możliwe (zwykle ze względu na otoczenie, lokal biurowy, możliwość niesłusznych podejrzeń i t. d. niemożliwe). W tych przypadkach wieziemy chorą dla zbadania na stację Pog. Rat. Takiej chorej do szpitala nie wozimy, pozostawiamy na miejscu lub odwozimy do domu po uprzedniej dawce 10 — 15 kropli opjum.

Niewykluczony też może być w praktyce lekarza Pog. Rat. przypadek nagłego skręcenia szypuły guza jajnikowego. Takie skręty zdarzają się najczęściej w ciąży lub zaraz po porodzie.

Przecieg jest naogół nagły: gwałtowny ból w okolicy guza, wstrząs ogólny, objawy niedokrwistości i szybko zwiększające się podrażnienie otrzewnej

Może wystąpić zapad, tętno staje się drobne, niknie. ciepłota podnosi się do

39—40°, zjawia się bolesność dotykowa nad guzem, czasem krwawienie z macicy.

Rozpoznanie nie jest zbyt łatwe, musimy różniczkować z pęknięciem ciężarnego jajowodu, perforacją wyrostka robaczkowego i t. d.

Taki przypadek, zwyle nierozpoznany, odwozimy z rozpoznaniem objawowem „podrażnienia otrzewnej" do szpitala.

Urazy narządów rodnych w praktyce Pogot. Rat. zdarzają się nieczęsto.

Przyczyną ich bywają:

1) Spółkowanie brutalne i zgwałcenie, zwłaszcza u małych dziewczynek. W takich przypadkach spostrzegamy rozdarcia przedsionka pochwy, samej pochwy, przebicie jej do odbytnicy lub pęcherza, przedziurawienie, a nawet oderwanie sklepień, zwłaszcza tylnego.

2) Masturbacja i ciała obce, w pochwie i macicy, np. przy przepłukiwaniu pochwy—kanki i t. d. Są to przypadki przeważnie ambulatoryjne.

3) Urazy przypadkowe — upadek na ostre przedmioty, rany cięte, kłute, postrzałowe narządów płciowych zewnętrznych i wewnętrznych.

Uszkodzenia te podlegają ogólnym zasadom postępowania chirurgicznego.

4) Manipulacje mające na celu spędzenie płodu. Tu bywają przebicia sklepień pochwy i macicy.

Mogę przytoczyć dość ciekawy przypadek, do którego parę tygodni temu wyjeżdżałem na Dworzec Gdański, dokąd przywieziono kobietę, znalezioną jakoby wijącą się w bólach pod Zegrzem.

Kobieta lat 28; blada, rysy nieco zaostrzone, tętno 120, średnio wypełnione i napięte. Ciepłota 37,2°. Język obłożony, suchy. Brzuch wzdęty, znaczna obrona mięśniowa zwłaszcza w dole brzucha; tutaj też chora odczuwa bóle. Blumberg dodatni. W wywiadach słyszymy o usiłowaniu przerwania ciąży miesięcznej przed dwoma dniami zapomocą wlewania jakiegoś płynu ciemnego, bronzowego (jodyna?) do wewnątrz macicy oraz manipulacji drutem.

Jak ważne jest zebranie wywiadów choćby najkrótszych, widzimy z tego przypadku, gdzie myśl nasza odrazu wobec tej anamnezy poszła w kierunku perforacji macicy ewentualnie podrażnienia otrzewnej przez jodynę. Przy wstrzykiwaniu strzykawką Brauna jodyny do wnętrza macicy, aby wywołać w ten sposób rozwierania się ujścia macicy, jeśli jajowody są drożne, może jodyna przedostać się na otrzewną i dać objawy silnego podrażnienia otrzewnej z napadowemi bólami.

Chora przewieziona w dość ciężkim stanie do zakładu Ś-tej Zofji po 7 dniach, nieoperowana, opuściła zakład w stanie zupełnie dobrym. Chorą tę miałem sposobność obserwować przez cały czas jej pobytu na oddziale. Już po 2 dniach stan jej się znacznie poprawił.

W danym przypadku miało się do czynienia prawdopodobnie z tem właśnie podrażnieniem otrzewnej przez jodynę. Widzimy więc, że wyżej wymienione przypadki z zakresu położnictwa i patologji ginekologiczno - akuszeryjnej zdarzyć się mogą w praktyce lekarza Pogot. Ratunkowego i dlatego znajomość djagnostyki położniczo-ginekologicznej jest konieczna dla lekarza Pogot. Rat. dla uniknięcia przykrych konsekwencji, mogących wyniknąć z nierozpoznanych lub źle rozpoznanych wypadków.

BIBLJOGRAFJA RATOWNICZA

Puszet H. Dr. Przypadek rażenia prądem elektrycznym. Późne wystąpienie objawów błędnikowych. Pomyślny wpływ nakłucia lędźwiowego, Warsz. Cz. Lek. 1929. Nr. 9.

W myśl wskazówek prof. Jellinka (Der elektrische Unfall 1927) i obserwacji D ra Puszeta, lekarz Pogotowia odwiezie do szpitala lub poradzi udanie się do szpitala rażonemu prądem elektrycznym lub piorunem, celem dokonania nakłucia lędźwiowego i obniżenia ciśnienia wewnątrzczaszkowego.

Mentök Lapja. Czasopismo ratownicze wychodzi co miesięc w Budapeszcie. Organ Budapeszteńskiego Tow. Doraźnej Pomocy Lekarskiej, redagowane przez D-ra Emila Körmöczi, naczelnego lekarza Pogotowia Ratunkowego. F. B.

Dr. Zakliński, ppłk. Uwagi o wybuchu fosgenu w Hamburgu. Lek. Wojsk. № 8 — 19:9 r.

Fosgen należy do gazów duszących i dla uniknięcia obrzęku płuc i paraliżu serca — należy unikać wysiłków fizycznych i w tym celu cały personel sanitarny powinien traktować transport takich chorych ze szczególną troskliwością.

Upusty krwi nawet do 850 ctm dochodzące i oddychanie tlenem lekarze niemieccy zaliczają do zabiegów naprawdę ratujących życie podczas podawania pierwszej pomocy. Pozatem są wskazane różne leki nasercowe, zastrzykiwania glukory, wapna i astmolizyny, od których jednak nie należy się spodziewać oczekiwanych rezultatów. F. B.

Poppe Johann — prof. matematyki w gimnazjum we Frankfurcie n/M. Noth- und Hülfs- Lexikon zur Behütung des menschlichen Lebens vor allen erdenklichen Unglücksfällen und zur Rettung aus den Gefahren zu Lande und zu Wasser, Nüruberg. 1811 r. Bibl. Tow. Lek. Warszawskiego.

Profesor matematyki i firyki pisze obszerne dzieło dwutomowe o ratownictwie, z uwzględnieniem wszelkich możliwych niebezpieczeństw jakie mogą się wydarzyć na lądzie i na wodzie; podaje rady i środki zapobiegawcze przeciw niebezpieczeństwom. Pomimo, że dzieło napisane przed 120 laty, znajdujemy tam artykuł o lotnictwie i o niebezpieczeństwach, na jakie narażeni są lotnicy. Po przeczytaniu pracy Poppe'go nabieramy rzeczywistego pojęcia, na jakim wysokim szczeblu stało ratownictwo przed 150 laty, kiedy profesor matematyki pisze jak zawodowy lekarz i podaje całą obszerną literaturę o ratownictwie. Kto życzył by sobie zapoznać się z całą obszerną ówczesną literaturą europejską o ratownictwie—odsyłamy go do pracy Poppe'go. Oczywiście zainteresowanie publiczności ratownictwem wtedy było kolosalne — kiedy u nas zainteresowanie to jest minimalne i wymaga wzmocnionej propagandy. W tym celu zaczęliśmy wydawać „Ratownictwo".

G. van Eysselsteijn Dr. Direktor des Universitäts—Krankeuhaus in Groningen. „Die Methoden der Künstlichen Athnung". Berlin. Verlag v. Julius Springer. 1912.

Buczyński Dr. Ratowanie tonących. Odbitka z tyg. „Sport" 1905 r.

Ratowanie tonących. Przekład z nie.. ieckiego Biblioteka Strażacka № 76 Lwów. 1912 r.

Hippokrates. Aforyzmy.

Mynlieff Janus, Archives initernationales pour l'histoire de la Mèdiecine etc. p. 876. 1909 r.

I. A. Kool. Gaschiedkundige beschouwing van de Maatschappy tot redding van dreukelingen te Amsterdam. Amsterdam 1854. (Eysselsteijn str. 40).

„Ordonnances de la ville de Sille, concernant les noyés. 1740". Eysselsteijn str. 16.

Petrus Borellus: „Histor. et observ. rarior. medico-physic." Cent. II. Lipsiae 1670 str. 110. (Eysselsteijn str. 16) Camerarms 1683. Waldschmidt 1686.

„Eigen Haard" 1875 str. 399. (u Eysselsteijn'a str. 18).

T. Plater. (1536—1614). Centur. quaest. paradox et cudox. 9. 55. (u Eysselsteijn'a str. 20).

Beeker. Dissertatio de submersorum morte smepota aqua, 1704.

A. Vitringa Coulon. De submersis .Dissertatio Groningen 1821. Brak wody w płucach (Eysselsteijn str. 21).

Walter. De apopl. et morb. perit--płynna krew u topielców — Eysselstein str. 21.

Florman. Nordd. Arch. T. I. (Eysselstejn).

Hebenstreit. Anthropol. forensis. G. 488, twierdzi, że topielec umiera podczas wdechu (Eysselsteijn).

Antony Schrage — Verhandeling over de dreukelingen. Amsterdam 1773. (Eysselsteijn str. 22).

A. Lentfrink — Het Geneeskundig Tydschift· Rotterdam 1769 s. 313—336.

M. Pia. Détail des succès de l'établissement de la ville Paris en faveru des personnes noyées. Paris 1786 (Eysselsteijn str. 30 i inne).

Unzer Dr. (Uduszenie topielców podczas wdechu).

De Haen, lekarz Marji Teresy. Abhandlung über die Art des Todes der Ertrunkenen. Wien. 1772 (Uduszenie z inspiracji—dym Enemy z tytoniu).

„Avis, concernant les personnes noyées, qui paraissent mortes et qui, ne l'etant pas, peuvent gecevoir des secours pour être rappelées à la vie 1740. Eysselsteijn str. 27.

Historie usw. van de Maatschappy tot reddin van drenkelingen. Amsterdam 1768 r. B. S. 24. T. I.

Jan Hunter, № 29, Caleman i Brodie w r 1811 dowiedli, że tytoń jest trucizną (Eysseļsteijn, str. 28).

Van Leersum. Ned. Tydschrift vor Geneeskunde. 1910, II, 1544. (O Drze Bieker'e, który zaecał „ciepło naturalne").

Keith: Three Hunterian Lectures, The L'areet 1909.

Hunter John (Zapoczątkował „Asphyktologię" Propotals fos the recaverg of persans apparenty drowned. Phil. Tr. Land. 1776.

Hufeland C. W. De usu uis electricae in asphyxia experimentis illustrati., Gvettingel 1783.

Stolte. Thesis de morte suspensorum. Groningae 1766.

Marschall Hall. Prane and postural respiration in. drowning — London 1857.

Dr. Hawes. — Gründer der. Royaj Humany Society w. r. 1776.

Van Hasselt A. W. M. De Kunstmatige akemhaling tot herstelling van schyndooden. Utrecht, 1847.

Woillez. — (Spirapkor) — Bulletin de l'Académie de Médicine V. S. 611. — 1876. (Calin, Charrières, Léroy d'Etio les Chauffard, Devergie, Depaul. Ventoouse de Junod, Le ray de Méricourt, Maurice Perrin, Piorry (u Eysselsteijn'a str. 55).

Eisenmenger R. Dr: Ein neues Wiederbelebungsverfahren Ludwig Dröll. Frankfurt n. M.

Fothergil John Dr. — Philos. Transactions 1744 Val. XLIV. S. 275.

Schüller Max Dr. Berliner Klin. Woch. 8 Jan 1877.

Silvester. The true physiological method of restoring persons apparently drawnod or dead. British medical Journal 1858 r.

Pacini — 1867 — Florencja (i Bain).

Howard Benjamin Dr. The direct method of artificial respiration. The Laneet II Aug. 1877 S. 194.

Bum A. Lexikon der physikalinen Therapie. S. 49. Berlin 1904.

Meyer G. Erste ärztliche Hilfe — Berlin 1903 i Berl. Klin. Woch. 1911 4. IV.

Schilling F. Kompendiun der ärztlichen Tochnik Würzburg 1906 r.

Schäfer E. A. Berliner Klin. Woch. 29 März 1909 S. 581.

Herter G. Deutsche med. Woch. I. 1905 S. 790

Loewy A. u. **Meyer** Georg. — Berlin. Klin. Woch. 1909. Februar S. 207. i Mai 24.

Brosch — 1896 r.

Schultze—Der Scheintod Neugeberener Jena 1871 i München. med. Woch. S. 256. — 1905.

Schäfer. Te relative efficiency of certain methods of performing artificcal respiration m. men. Edynburg 1904.

Boland G. W. Dr. Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde 1910. 2. H. № 6.

Laborde J. V. Les tractions rythmées de la angue. Paris. Felix Meand éd. 1894.

Bronardel et Paul Loye. Arch. de physiol. 1889 I. 408—422—449—459—578.

Vernon Journal of physiologie 38 Bd. S. 02 1909.

Mosso. Arch. ital. de biologie 40. Bd. S. 1. 1903.

Haldane and Poulton. Journal of Physiologie 37. Bd. S 390, 1908.

Jandell Henderson — American Journal of Physiologie 1. Jan. 1910.

Stewart, Guthrie, Burus and Pike—Journal of exper. medicine. 8, Bd. S. 300 1906.

Epidemja papuzia.

Władze sanitarne stolicy, wydział zdrowia Komisarjatu Rządu, jak również wydział zdrowia Magistratu zainteresowały się epidemją papuzią, o której tyle się pisze i mówi zagranicą. Nie ulega wątpliwości, że i w Warszawie niektóre przypadki grypy mogły być spowodowane zarażeniem od papugi. Wszystkie papugi w Warszawie mają być spisane i przez lekarzy weterynaryjnych zbadane. Najwięcej papug ma ogród zoologiczny. Nie jest wyłączone, że pośród tych papug są również chore. O ile badania bakterjologiczne stwierdzą, że papuga jest chora, będzie ona zabita.

Papugi, które cierpią na krwawą biegunkę z obrzmieniem śledziony, mogą wywołać u otaczających ich ludzi ciężką chorobę, przypominającą tyfus lub grypę. Choroba taka nazywa się po łacinie Psittacosis (papuzia choroba).

W roku 1912 Nocazd podczas epidemji papuziej w Paryżu wyodrębnił i wyhodował zarazek wywołujący to cierpienie. Zarazek ten morfilogicznie, biologicznie i na pożywkach przypomina Paratyfus B. Czy zarażenie może nastąpić i od człowieka — jest jeszcze sprawą sporną.

Zazwyczaj po kilku lub kilkunastu dniach okresu wylęgania, chorzy zaczynają skarżyć się na ogólne silne osłabienie, bóle głowy, dreszcze i wysoką stałą gorączkę, dochodzącą do 41°. Często już od początku choroby następuje utrata przytomności i majaczenie, język suchy, obłożony. Ze strony przewodu pokarmowego mogą wystąpić zaparcie stolca lub biegunki, wzdęcie brzucha, nudności i wymioty obfite, krwawienie z nosa. Do tych objawów chorobowych zazwyczaj dołącza się ciężkie nietypowe infekcyjne zapalenie płuc, raczej podobne do grypowego: z kaszlem i obfitą plwociną. Choroba papuzia trwa od 10 do 30 dni, często kończy się śmiercią, zdrowienie powolne. Zapobieganie chorobie papuziej jest naogół łatwe i powinno polegać na następujących zasadach:

Posiadacze papug powinni obserwować swoje ulubienice. W razie gdy zauważą, że ptak osowiał, jest senny, siedzi nieruchomy z nastroszonemi piórami i opuszczonemi skrzydłami, nie spożywa pokarmów, a zwłaszcza ma stałą biegunkę — powinni ptaka niezwłocznie izolować i zasięgnąć rady doświadczonego weterynarza.. Nie kupować papug od wędrownych sprzedawców. Nie karmić papug z własnych ust, jak to niestety, najczęściej się dzieje. W razie zachorowania papugi lub jej śmierci — klatkę i całe otoczenie gruntownie zdezynfekować ew. odesłać ptaka do Zakładu Higjeny — Chocimska 24, celem przeprowadzenia badania bakterjologicznego. Chorego ptaka uśmiercić i spalić.

Chorych na papuzią chorobę należy izolować, a ich wydzieliny — kał, plwocinę, mocz, wymiociny—gruntownie dezynfekować. Chociaż wiemy napewno, że papugi mogą wywołać u ludzi chorobę, nie powinniśmy się zbytnio przejmować niebezpieczeństwem zarażenia i pozbawiać się przyjemności obcowania ze swojemi ulubienicami; tylko należy przestrzegać powyżej podanych, proste, a praktycznyc rady, zabezpieczających od zarażenia, a wtedy możemy być pewni, że żadne niebezbieczeństwo nam nie grozi.

F. B.

Kursy ratownictwa dla policjantek.

W dniu 30.XII.29 r. ukończyły 6 tygodniowe praktyczne zajęcia w Warszawskiem Pogotowiu Ratunkowem kursistki z kursu kobiecego przeszkolenia przy Oficerskiei Szkole Policji Państwowej (Krochmalna 56) — w liczbie 36.

Kursistki podzielono na 6 grup po 6 osób w każdej grupie z obliczeniem, ażeby każda grupa pełniła dyżury sani-

tarne w ciągu jednego tygodnia od godziny 12 do 24-ej. Dwie z grupy dyżurowały na Filji Pogotowia (Hoża 56), a cztery na Głównej Stacji (Leszno 58) po dwie w ciągu sześciu godzin. W ten sposób wszystkie kursistki zaznajomiły się dość dokładnie z pracą Pogotowia. Praktyczne zajęcia ich polegały na tem, że w miarę możności, zastępowały one sanitarjuszy Pogotowia; zaznajomiły się z zawartością kuferków ratowniczych, przyjmowały zgłaszających się na stację chorych, wypytywały o rodzaj uszkodzenia lub choroby, zapisywały pacjentów do biuletynów lekarskich, orjentowały się w stopniu ciężkości zachorowania lub zranienia i wyjeżdżały z lekarzami w charakterze sanitarjuszek do wypadków na mieście. Pp. Lekarze Pogotowia po załatwieniu wypadku omawiali z niemi każdy poszczególny wypadek. Zwłaszcza zwracali uwagę praktykantek na kwalifikowanie wypadków do kategorji ciężkich i lekkich i w jaki sposób funkcjonarjusz policyjny może udzielić pierwszej pomocy, na czem polega ta pierwsza pomoc ze strony policjanta i w jakich wypadkach należy wzywać karetkę Pogotowia lub też kierować poszkodowanego na Stację Pogotowia. Z małymi wyjątkami młode policjantki wykazały wielkie zainteresowanie sprawami ratownictwa, chętnie dyżurowały, zaznajamiały się ze szczegółami pracy Pogotowia i starały się wyczuć tę pracę. Intencją Komendy kursu było wszczepienie w umysły adeptek policji przekonania że pomoc w nieszczęśliwych przypadkach siłą rzeczy musi podać funkcjonarjusz policji, ponieważ jest on najczęściej pierwszym wzywanym do wypadku przed przybyciem Pogotowia, musi się zorjentować w stopniu ciężkości zachorowania i zranienia i w związku z tem zadecydować wezwanie karetki Pogotowia, przetransportowanie na stację Pogotowia lub do pobliskiego szpitala, ewentualnie udzielenia pomocy na miejscu własnemi środkami.

F. B.

Śp. Prof. Dr. Aleksander Rosner.

Zmarł nagle w Krynicy na udar sercowy dnia 6 stycznia r. b. o godz. 7 i pół rano profesor ginekologji na wydziale lekarskim Uniwersytetu Jagiellońskiego i dyrektor kliniki ginekologicznej w Krakowie Dr. Aleksander Rosner. Piastował parokrotnie godność dziekana wydziału lekarskiego, zaś przez lat 10 (od 1916 do 1926) prezesa ochotniczego T-wa ratunkowego, cieszącego się taką popularnością w Krakowie.

Sprawozdanie Wileńskiego Pogotowia Ratunkowego
za m. listopad 1929 r.

Wezwań	wyjazdowych	ambulatoryjnych	mężczyzn	kobiet	dzieci	odmówiono pomocy	odwieziono do szpitali	odwieziono do domu	bez odwiezienia	alarmy fałszywe	wypadków chirurgicznych	zasłabnięć	w tem otruć											powieszeń	utonięć	śmierci	przewozów chorych
													alkaloidami	alkoholami	spirytusem metylowym	amoniakiem	karbolem	sublimatem	kwasem octowym	jodyną	zaczadzeń	ługami	innemi truciznami				
479	222	2[illegible]7	244	191	25	10	94	15	108	9	276	184	1	8	1	1	1	—	7	1	—	—	10	1	—	10	96

Z KRONIKI WYPADKÓW

Zbrodnicza rodzina.

Z Zamościa donoszą o wstrząsającej zbrodni ojcobójstwa dokonanej we wsi Sitaniec pod Zamościem (woj. Lubelskie).

Na niewielkim kawałku gruntu gospodarował tam Michał Magryt z żoną i kilku synami. Gospodarstwo to jednak nie dawało dostatecznych dochodów, tak, że cała rodzina cierpiała biedę.

Z tego powodu między ojcem a synami przychodziło do częstych kłótni. Wreszcie synowie wraz z matką odbyli formalny sąd nad ojcem i wydali na niego wyrok śmierci, który w nocy wykonali.

Gdy Michał Magryt spał, założyli mu sznur konopny na szyję i zadusili go.

Zbrodniczą rodzinę osadzono w więzieniu.

Wydadki automobilowe w Stanach Zjednoczonych

Nowojorskie Towarzystwo ubezpieczeń na życie „Metropolitan Life Insurance Company" zaznacza, w swem sprawozdaniu za pierwszych dziesięć miesięcy r. ub., że z 19 miljonów właścicieli jego polis ubezpieczonych w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie 3.079 zabitych było przez auta w ciągu powyższych dziesięciu miesięcy. Liczba ta jest dwa razy większa niż przed dziesięciu laty.

Wogóle trzecia część wszystkich wypadków nieszczęśliwych w Stanach Zjednoczonych przypada obecnie na wypadki autowe. Wypadki te zwiększyły też o 2 proc. liczbę zgonów w Stanach Zjednoczonych.

Amerykańskie biuro statystyczne stwierdza, że w ciągu tylko jednego miesiąca października r. ub. 840 osób zginęło przez auta w 78 największych miastach Stanów Zjednoczonych, w ciągu zaś tego miesiąca 1928 roku zginęło 711 osób.

Stwierdzono przytem, że największa liczba wypadków autowych wynika wskutek zbyt szybkiej jazdy.

Lotnik - samarytanin.

Do Baragwarath w Afryce powrócił porucznik-pilot King, który przed szeregiem dni odleciał do Malango w płd. Angoli, ażeby przywieźć kobiecie ukąszonej przez wściekłego psa, serum, które jedynie było w stanie uratować nieszczęśliwą kobietę, pozostającą zdala od dobrodziejstw świata nowoczesnego.

Dzielny lotnik odbył przytem olbrzymią drogę: 6000 mil. Ponadto natrafiał on podczas lotu na liczne przeszkody, pośród których było najniebezpieczniejsze przymusowe lądowanie z powodu braku benzyny w dzikiej i lesistej okolicy.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie

za m. listopad 1929 r.

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Ogółem od założenia instytucji wezwań	431.728			
I. Ilość wezwań	2.404			
II. Udzielono pomocy na stacji	1.606	901	492	273
III. Udzielono pom. na mieście	467	278	161	28
A. Rodzaj zajęcia.				
Zajęcia wolne	250	144	106	—
Ucząca się młodzież	106	35	14	57
Wojskowi i policja.	26	26	—	—
Robotnicy i rzemieślnicy . .	1.154	887	239	28
Bez zajęcia	531	51	267	213
Niewiadomy	66	36	27	3
I. Choroby wewnętrzne . .	230	106	96	28
Zatrucie wyskokami	98*)	91	7	—
„ lekarstwami i in. trucizn.	18	2	5	11
Śmierć	18	15	3	—
Brak zmian chorobowych . .	19	5	7	7
II. Choroby chirurgiczne .	1.767	1.008	486	273
Wstrząs	3	2	—	1
Wstrząśnienie mózgu	4	1	2	1
Obtarcia skóry	108	72	26	10
Stłuczenia	272	137	86	49
Zmiażdżenia	12	6	3	3
Rany cięte	329	211	82	36
„ kłute	50	31	14	5
„ postrzałowe	22	21	1	—
„ tłuczone	411	276	72	63
„ kąsane	16	7	7	2
„ szarpane	26	17	6	3
„ miażdżone	10	4	5	1
Nadwerężenia stawów . . .	46	14	22	10
Zwichnięcia	19	9	6	4
Złamanie kości proste . . .	54	25	15	14
„ „ powikłane . .	3	2	—	1
Krwotoki	7	4	2	1
Ciała obce	269	113	107	49

	Ogółem	Mężczyźni	Kobiety	Dzieci
Oparzenia termiczne i chemicz.	73	36	23	14
Zatrzymanie moczu	1	1	—	—
Uwięźnięcie przepukliny. . .	1	1	—	—
Inne choroby chirurgiczne . .	26	13	7	6
Śmierć	5	5	—	—
III. Samobójstwa	110	56	54	—
Otrucie kwasami	53	21	34	—
„ zasadami	3	2	1	—
„ sublimatem	5	1	4	—
„ jodyną	11	7	4	—
„ arszenikiem	—	—	—	—
„ alkaloidami	2	2	—	—
„ gazem świetlnym . .	1	1	—	—
„ karbolem	2	2	—	—
„ innemi truciznami . .	6	3	3	—
Postrzały	9	6	3	—
Rany cięte i kłute	5	4	1	—
Utopienie	2	1	1	—
Powieszenie i uduszenie się .	4	3	1	—
Rzucenie się z wysokości . .	4	2	2	—
„ „ pod pociąg . .	1	1	—	—
Śmierć	12*)	7	5	—
IV. Porody i poronienia . .	13	—	13	—
V. Obłąkanie	2	2	—	—
VI. Symulacją	11	7	4	—
Po udzieleniu pomocy na mieście:				—
a) Zostawiono na miejscu . .	206	125	66	15
b) Przewieziono chorych . .	261	153	95	13
Posterunki tymczasowe . .	2**)	—	—	—
Przeciętna ilość wezw. dzien	80	—	—	—
Katastrofy:				
A. Cyfra ogólna katastrof . .	6	—	—	—
B. Liczba ofiar	18	—	—	—
C. Liczba lekarzy, niosących pomoc.	1	—	—	—

*) 85 pijanych z uszkodzeniami:

starć naskórka	4
stłuczeń	6
ran tłuczonych	31
„ ciętych	15
„ kłutych	2
„ postrzałowych	5
złamań	3
oparzeń	1
otruć kreozotem	1
„ jodyną	2
„ karbolem	1
„ kwasami	7
ostry nieżyt żołądka	3
powieszenie się	1
symulacji	3

Rozpraw nożowych:	26
Bójek:	275
Przejechań:	128
a) przez wozy i dorożki	25
b) koleje	4
c) tramwaje	17
d) samochody	78
e) rowery	2
f) motocykle	2

Upadnięć z wysokości	57
a) z rusztowania	3
b) „ tramwaju	10
c) „ wozu	5
d) „ wagonu	1
e) „ samochodu	2
f) „ roweru	1
g) „ schodów	12
h) „ okna	12
i) „ krzesła	3
j) „ łóżka	3
k) „ dachu	1
l) „ do piwnicy	3
ł) „ do dołu	2

Postrzały jako napad:	3
Uduszenia „ „	—
Oparzenie „ „	1

Uszkodzenia:

a) przedmiotami spadłemi z rusztowania	4
b) z okien i balkonu	2

*) śmierci 12:

rany cięte	1
rzuceń się z wysokości	3
powieszeń	2
rany postszałowe	4
otrucie cjankiem	2

**) Posterunki tymczasowe: 2

Dn. 1, i 3 listopada. Na wyścigach konnych.

KRONIKA RATOWNICZA

Z Warszawskiego Pogotowia Ratunkowego.

Dnia 16 grudnia odbyło się posiedzenie naukowe Zrzeszenia lekarzy Warsz. Pogotowia z następującym porządkiem dziennym: 1) Referat „Postępowanie lekarzy Pogotowia w przypadkach położniczo-ginekologicznych" wygłosił dr. Jerzy Perl; 2) Sprawozdanie pp. lekarzy z dalszych losów chorych, przewiezionych do szpitali przez lekarzy Pogotowia.

Dnia 24 grudnia w godzinach przedpołudniowych odbyła się w koszarach Pogotowia tradycyjna choinka, na którą przybyli członkowie Zarządu z prezesem d-rem Józefem Zawadzkim na czele. Prezes Zawadzki przełamał się opłatkiem z całym personelem Pogotowia oraz z członkami Zarządu.

Dnia 30 grudnia odbyło się posiedzenie Zarządu, na którem załatwiono bieżące sprawy gospodarcze oraz wyłoniono Komisję w osobach p. p. członków Zarządu: Wegnera, Lenca i Kunkla, celem opracowania regulaminu dla propagandzistów i inkasentów Pogotowia.

Z Wileńskiego Pogotowia ratunkowego.

Na miejsce dotychczasowego kierownika Pogotowia ratunkowego w Wilnie, dr. Kodzia, który zrezygnował ze swego stanowiska, mianowany został dr. Chodźko.

Pogotowie ratunkowe na kolejach.

P. Minister komunikacji, inż. Alfred Kühn, zatwierdził regulamin, dotyczący pociągów ratunkowych na kolejach. Na większych stacjach mają stale dyżurować pod parą pociągi, składające się z wagonu sanitarnego z salą operacyjną, wagonu z przyrządami do podnoszenia i naprawiania wagonów, wagonu ślusarskiego, oraz wagonu dla personelu. Na wypadek katastrofy pociąg z najbliższej stacji postojowej wyruszy natychmiast na miejsce. W pociągach ratunkowych będą stałe dyżury, by na wypadek konieczności wyjazdu personel był zawsze w komplecie. Pociąg taki będzie przepuszczany przed innemi. Zapomocą specjalnej sygnalizacji podawane będzie do wiadomości naczelników stacji nadejście pociągu ratunkowego.

Ospa w Londynie.

Londyński „Daily Telegraph" donosi, że od dnia Bożego Narodzenia do dnia 31 grudnia stwierdzono w różnych dzielnicach stolicy Anglji, a zwłaszcza w dzielnicy West Ham, 80 nowych przypadków ospy.

Ogółem istnieje obecnie w Londynie 440 osób chorych na ospę.

Zaznaczyć należy, że w Anglji szczepienie ospy nie jest obowiązujące.

Higjena zapobiegawcza.

Ze sprawozdania z działalności mokotowskiego ośrodka zdrowia — 1-ej miejskiej stacji higjeny zapobiegawczej, za 3 kwartał r. ub. wynika, że poradnie ośrodka zdrowia udzieliły od 1 lipca do 1 października r. b. ogółem 4.923 porad. Do wszystkich poradni zapisane były 1 października 8.172 osoby.

Poradnia przeciwalkoholowa udzieliła 365 porad, przeciwgruźlica 529, poradnia dla dzieci 1.599 poradnia dla matek 138, przeciwjaglicza 719, przeciwmalaryczna 45, pedologiczna 48, dla epileptyków 52, laryngologiczna 122, dentystyczna 577, laboratorjum wykonało 179 badań, kuchnia mleczna wydała 3.753 litry mleka i 22.699 buteleczek mieszanek. Frekwencja w poradniach zmniejszyła się z powodu wyjazdów. Sanatorjum dzienne miało pod opieką 171 dzieci, które spędziły w niem 5.784 dni. Półkolonje letnie miały 288 dzieci (7.160 dni). Pielęgniarki miały pod swoją opieką 2.072 rodziny i dokonały 2.276 odwiedzin.

Dział propagandy zorganizował 25 pogadanek dla 357 osób i jeden odczyt dla 400 osób. Ośrodek zdrowia zwiedziło 15 wycieczek z kraju i zagranicy, składających się z 293 osób.

Propaganda trzeźwości.

W Warszawie odbyl się zjazd delegatów abstynenckiej Ligi kolejowców.

Nowa organizacja posiadać będzie siedzibę w Warszawie, a działalność jej obejmie całą sieć polskich kolei państwowych. Celem jej jest propagowanie trzeźwości, utrzymywanie własnych lokali towarzyskich i rozrywkowych, zakładanie świetlic, urządzanie zebrań i odczytów, utrzymywanie własnych bibljotek, tworzenie klubów sportowych.

Walka z błonicą.

Minist. spraw wewnętrznych rozesłało do wojewodów doniosły okólnik w sprawie walki z wzrastającą epidemją błonicy w Polsce.

Błonica jest jedną z najgroźniejszych chorób wieku dziecięcego. W Polsce w ciągu lat ostatnich błonica wzmogła się znacznie, wynosząc w 1925 roku 5888, w roku 1919 — 6826, 1927 — 8640, 1928—10460 zachorowań. W r. 1929 do 2 listopada włącznie zarejestrowano o 333 przypadki błonicy więcej, niż w roku 1928 za ten sam okres czasu,

Nawiększą trudnością w walce z błonicą jest niemożność unieszkodliwienia wielkiej liczby nosicieli bakterji błoniczych. Nosicielami zjadliwych zarazków błonicy są nietylko ozdrowieńcy po błonicy, lecz mogą być osoby z otoczenia chorych, oraz osoby, które same błonicy nie przechodziły i z chorymi na błonicę stykały się. Stwierdzono, iż zależnie od środowiska 2 do 12% ludzi jest nosicielami błonicy.

Jedynym i zupełnie pewnym środkiem walki z tą chorobą są szczepienia przeciwbłonicze, które znalazły szerokie zastosowanie w Ameryce. Dzieci uodpornione zachowują tę odporność przez całe życie. Niema potrzeby szczepienia po pewnym czasie powtarzać, jak tego wymaga uodpornienie przeciw durowi brzusznemu i ospie.

Wobec groźnego szerzenia się dyfterytu w Polsce musi być podjęta szeroka akcja szczepień. Na podstawie ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych, min. spr. wewn. poleca przeprowadzić szczepienia przeciwbłonicze przedewszystkiem w szkołach i przytułkach. Minist. dostarcza szczepionki bezpłatnie.

Zwalczanie rachityzmu.

Na jednem z międzynarodowych kongresów lekarskich wygłosił ciekawy odczyt o zwalczaniu rachityzmu profesor Stepp z Wrocławia.

Prelegent poświęca się specjalnie badaniu działalności witamin, a podczas swych długotrwałych studjów w Baltimore, zdobył w tej dziedzinie ciekawe wyniki.

Ze wszystkich witamin najdokładniej zbadaną jest witamina D, przeciwrachityczna. Przeprowadzone więc doświadczenia na psach i szczurach, którym podawano pożywienie bez owej witaminy, wykazały, że zwierzęta te zawsze zaczynały chorować na rachitis. Leczenie ich tranem zawierającym witaminę D usuwało objawy choroby.

W dalszym ciągu próbowano leczyć zwierzęta chore na rachitis, naświetlaniem ich promieniami słońca, albo sztucznem światłem górskiem. Wyniki były dodatnie. Tak samo dobre wyniki przy leczeniu tej choroby osiągnięto, żywiąc pacjentów pokarmem naświetlanym w sposób powyższy.

Zupełnie na innej drodze uzyskał świetne wyniki w leczeniu rachitis niemiecki profesor Hes. Odkrył on, że skóra człowieka zawiera ciałka, leczące rachitis u szczurów. Ciałko to nazywa się ergosterina, albo wigantol i zastrzyknięte po naświetleniu, leczy radykalnie rachitis. Dalsze badania wykazały, że cały szereg środków spożywczych zawiera w sobie ergosterinę i działa lecząco przy takiej chorobie.

Dozowanie nie powinno przekraczać jednego do trzech miligramów. Wyższe dozy działają bardzo szkodliwie, powodując wapnienie żył. Dlatego też przy lekkich objawach rachityzmu wystarczająca jest doza jednego miligrama, przy cięższych dwa do trzech.

Środek ten nie nadaje się do celów zapobiegawczych (profilaktyka) z powodu jego radykalnego działania. *„Polska"*.

Redaktor działu lekarskiego: **Dr. Józef Zawadzki.**
Redaktor odpowiedzialny: **Mieczysław Swoboda-Trzebiński.**

Redakcja czynna codziennie prócz sobót i dni świątecznych od godz. 11 do 13

PRENUMERATA wraz z przesyłką pocztową Zł. 12 rocznie, z dodatkiem w postaci 4-ch tablic „Ratownictwo w obrazach" lub rocznikiem zeszłorocznym Zł. 20. Pojedyńczy egzemplarz 1 zł.

Adres Redakcji i Administracji: Warszawa, Kopernika 37, tel. 33-63. Konto w P. K. O. Nr. 14.661.

Druk A. Białobrzeskiego, Warszawa, Żórawia 7, tel. 245-83.